

Formulário de Consentimento para Vacinação

Siga os passos em baixo para participar no programa de vacinação escolar.

Passo 1: Preencha a SECÇÃO A.

Passo 2: Obtenha todas as datas de imunizações com o(s) seu(s) prestador(es) de cuidados de saúde OU com a enfermeira escolar.

Passo 3: Forneça as datas das vacinas na SECÇÃO B.

Passo 4: Tendo por base a SECÇÃO B, preencha a SECÇÃO C.

| SECÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS | | | ESCOLA | | |
|---|---------------|--------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Apelido | Primeiro Nome | IM | DN | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| Endereço (incluir n.º APT se for o caso) | | Cidade | Estado | CP | |
| Pai/Tutor (PF Escreva nome em maiúsculas) | | | Nº Telefone durante o dia | | |

| SECÇÃO B: HISTORIAL DE VACINAÇÃO | SECÇÃO C: VACINAS NECESSÁRIAS |
|---|--|
| <p>HEPATITE B (3 inoculações)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ Data 1ª Vac. Data 2ª Vac. Data 3ª Vac.</p> | <p>HEPATITE B: Recebi uma cópia da Declaração de Informação da Vacina da Hepatite B e compreendo os riscos e os benefícios da vacina. Compreendo que são necessárias 3 inoculações para uma protecção total. Venho por este meio desobrigar The Wellness Company de toda e qualquer responsabilidade associada à administração e aos potenciais efeitos secundários da vacina. AUTORIZO O MEU FILHO A RECEBER A VACINA DA HEPATITE B. Assinatura: _____</p> |
| <p>MMR (2 inoculações)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Data 1ª Vac. Data 2ª Vac.</p> | <p>MMR: Recebi uma cópia da Declaração de Informação da Vacina MMR (Sarampo – Papeira – Rubéola) e compreendo os riscos e os benefícios da vacina. Compreendo que são necessárias 2 inoculações para uma protecção total. Venho por este meio desobrigar The Wellness Co. de toda e qualquer responsabilidade associada à administração e aos potenciais efeitos secundários da vacina. AUTORIZO O MEU FILHO A RECEBER A VACINA MMR. Assinatura: _____</p> |
| <p>TDAP</p> <p>____/____/____ Data Vac.</p> | <p>TDAP: Recebi uma cópia da Declaração de Informação da Vacina TDAP (Tétano – Difteria – Tosse Convulsa) e compreendo os riscos e os benefícios da vacina. Venho por este meio desobrigar The Wellness Co. de toda e qualquer responsabilidade associada à administração e aos potenciais efeitos secundários da vacina. AUTORIZO O MEU FILHO A RECEBER A VACINA TDAP. Assinatura: _____</p> |
| <p>MENINGITE</p> <p>____/____/____ Data Vac.</p> | <p>MENINGITE: Recebi uma cópia da Declaração de Informação da Vacina Meningocócica (Meningite) e compreendo os riscos e os benefícios da vacina. Venho por este meio desobrigar The Wellness Co. de toda e qualquer responsabilidade associada à administração e aos potenciais efeitos secundários da vacina. AUTORIZO O MEU FILHO A RECEBER A VACINA DA MENINGITE. Assinatura: _____</p> |
| <p>VARICELA</p> <p>____/____/____ ____/____/____ Data 1ª Vac. Data 2ª Vac.</p> <p>____/____/____ Data em que teve varicela</p> | <p>VARICELA: Recebi uma cópia da Declaração de Informação da Vacina da Varicela e compreendo os riscos e os benefícios da vacina. Compreendo que são necessárias 2 inoculações para uma protecção total. Venho por este meio desobrigar The Wellness Co. de toda e qualquer responsabilidade associada à administração e aos potenciais efeitos secundários da vacina. AUTORIZO O MEU FILHO A RECEBER A VACINA DA VARICELA. Assinatura: _____</p> |
| <p>POLIO (3-4 inoculações)</p> <p>____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ Data 1ª Vac. Data 2ª Vac. Data 3ª Vac.</p> <p>____/____/____ Data 4ª Vac.</p> | <p>POLIOMIELITE: Recebi uma cópia da Declaração de Informação da Vacina da Poliomielite e compreendo os riscos e os benefícios da vacina. Compreendo que são necessárias 3-4 inoculações para uma protecção total. Venho por este meio desobrigar The Wellness Co. de toda e qualquer responsabilidade associada à administração e aos potenciais efeitos secundários da vacina. AUTORIZO O MEU FILHO A RECEBER A VACINA DA POLIOMIELITE. Assinatura: _____</p> |

Na qualidade de pai/mãe/tutor legal de _____, concordo em informar The Wellness Company de qualquer alteração na situação médica do meu filho(a) que possa afectar a sua vacinação no programa.

Assinatura: _____